ELSAN
CLINIQUE BOUCHARD

FICHE DE PRÉ-ADMISSION AMBULATOIRE

AVEZ-VOUS DEJA SEJOURNE DANS NOTRE ETABLISSEMENT ? ☐ Oui ☐ Non

Faites votre préadmission avant votre consultation d'anesthésie (prévoir 30 minutes avant la consultation). Possibilité d'envoyer le DOSSIER COMPLET à l'adresse mail : pread.bouchard@elsan.care au moins 72 HEURES avant votre entrée (uniquement pour les hospitalisations sans anesthésie générale).

SEJOUR

Nom de votre praticien :	
Votre date d'entrée :	

Copie des pièces obligatoires à joindre à cette fiche de préadmission

PIECES OBLIGATOIRES :
- Pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, livret de famille
- Attestation de sécurité sociale
- Carte mutuelle recto verso
- Attestation d'accident du travail le cas échéant
- Consentement éclairé du Chirurgien et de l'Anesthésiste
- Liste de vos traitements médicamenteux en cours

POUR LES MINEURS :
- Pièce d'identité des 2 parents + livret de famille
- Autorisation parentale d'hospitalisation signée par les 2 parents
- Consentement éclairé du Chirurgien, de l'Anesthésiste et consentement aux soins signé par les 2 parents
- Si garde exclusive : jugement du tribunal
- Si décès d'un parent, acte de décès

POUR LES MAJEURS PROTEGES :
- Pièce d'identité du tuteur
- Copie du placement sous une mesure de protection judicaire
- Autorisation d'hospitalisation pour adulte protégé signé par le tuteur
- Consentement éclairé du chirurgien, de l'anesthésiste et consentement aux soins signé par le tuteur

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de naissance :	Sexe : ☐ F ☐ M
Nom d'usage (ou marital) :	
Prénom :	
Né (e) le :	
Lieu de naissance :	
Adresse complète (avec code postale + ville) :	
Téléphone :	
Mail patient/représentant légal :	
Nom du médecin traitant : Ville :	

ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE DE RATTACHEMENT ET MUTUELLE

N° de Sécurité Sociale :	Nom et code postal de l'organisme d'assurance maladie
Nom de la Mutuelle :	Adresse mutuelle :
N° d'adhérent :	
S'agit-il d'un accident du travail : ☐ Oui ☐ Non	Date de l'accident : numéro accident de travail :
Bénéficiez – vous de :	
Art. L.212-1 Code de pension militaire ☐ oui	100% (exonération du ticket modérateur) ☐ oui
Complémentaire Santé Solidarité ou Protection Universelle Maladie oui	Régime local ☐ oui

ELSAN
CLINIQUE BOUCHARD

Services hôteliers
AMBULATOIRE

Je soussigné(e).....déclare avoir pris connaissance du contenu et des tarifs des prestations pour exigence particulière du patient proposées au sein de l'établissement, à ma charge et/ou à celle de mon organisme complémentaire d'assurance maladie, et reconnais avoir choisi les prestations optionnelles sélectionnées ci-dessous en cochant la ou les case(s)correspondante(s).

	FORFAIT AMBU'	CHAMBRE PARTICULIÈRE ENDO *	CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBU' *
Chambre privative, calme et intime*		✓	✓
TV + Wifi	✓	✓	✓
Collation gourmande (salée ou sucrée)***1 boisson chaude, 1 verrine fromage blanc et compote, 1 brioche, 1 salade de fruits ou 1 salade de pâtes et son petit pain, 1 bouteille d'eau 50cl. Pour les ORL : 1 crème dessert à la vanille, 1 yaourt bio aromatisé, 1 glace, 1 bouteille d'eau 50cl.	✓	✓	✓
Ma trousse Ambu'*** (Tube de solution hydro-alcoolique, paquet de 3 mouchoirs, masque de nuit, paire de bouchons auditifs, lingette rafraichissante, chausse-pied, crayons à papier avec gomme, un peigne)	✓	✓	✓
Presse Digitale Mise à disposition de plus de 300 titres de magazines	✓	✓	✓
Tarifs TTC au 06 Novembre 2026/séjour	29€	63€	84€
Votre choix **	☐	☐	☐

** Sous réserve de disponibilité.*

***A défaut de choix, une collation simple de réalimentation vous sera proposée (boisson chaude, madeleine, sachet crackers). Sous réserve de contraintes médicales.*

****Ces contenus peuvent varier en fonction des contraintes d'approvisionnement de nos fournisseurs.*

PARTICIPATIONS LIEES A VOTRE HOSPITALISATION

Montant à régler lors de votre préadmission/admission suivant la réglementation et les tarifs en vigueur	
Participation forfaitaire TTC : *(pour tout acte égal ou supérieur à 120€)* *Pour tout acte inférieur à 120€, un ticket modérateur pourra vous être demandé.* *Ces montants peuvent vous être remboursés par votre mutuelle.*	32€/séjour

Nombre de case(s) cochée(s) : ☐

Fait à .....Le ..... Signature du patient ou du représentant légal

ELSAN
CLINIQUE BOUCHARD

PERSONNE DE CONFIANCE

L'article L.111-6 du Code de la Santé Publique prévoit que toute personne majeure hospitalisée peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou un médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement

Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment

La personne de confiance accepte d'être personne de confiance et reçoit mandat express pour avoir accès au dossier médical.

Je, soussigné(e) M.....

☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

☐ L'état du patient ne lui permet pas de désigner une personne de confiance

☐ Désigne en qualité de personne de confiance :

NOM : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

Lien avec le patient : .....

Signature de la personne de confiance

⚠ Je décharge ma personne de confiance, les médecins et soignants me traitant et mon entourage de toute responsabilité avec mes directives anticipées, dans le respect de ma liberté et de ma dignité.

PERSONNE A PREVENIR

Je soussigné(e) M .....
Désigne comme personne à prévenir en cas d'urgence, de besoins particuliers d'ordre organisationnel ou administratif durant mon séjour :

NOM : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Lien avec le patient : .....

Date et signature du patient :

ELSAN
CLINIQUE BOUCHARD

DIRECTIVES ANTICIPEES

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie.

C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

La fin de vie peut arriver après un accident ou à l'issue d'une maladie grave. Dans ces circonstances, vous serez peut-être dans l'incapacité de vous exprimer. Si vous avez rédigé des directives anticipées, votre médecin et vos proches sauront quelles sont vos volontés, même si vous ne pouvez plus vous exprimer.

Bien sûr, envisager à l'avance cette situation est difficile, voire angoissant. Mais il est important d'y réfléchir.

Rédiger des directives anticipées n'est pas une obligation.

Avez-vous déjà rédigé des directives anticipées ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Si oui, où sont-elles conservées ?

……

☐ Si non, souhaitez-vous en rédiger ? ☐ oui ☐ non

Ci-après, si vous souhaitez rédiger vos directives anticipées vous trouverez deux modèles proposés par l'Haute Autorité de santé.

☐ Je souhaite avoir plus d'informations. Ainsi, nous vous proposons deux possibilités :

- ⇨ Des renseignements auprès de la cadre de dialyse Audrey GOURDON au 04.94.15.90.46,
- ⇨ Des renseignements auprès de deux associations spécialisées dans l'aide à la rédaction des directives anticipées.

admd POUR UNE LOI DE LIBERTÉ — ADMD-Ecoute : 01 48 00 04 92

Jalmav Marseille : 04 91 42 26 95

Fait à Marseille, le : ……

Signature du patient :

Rappel : Article L.1111-11 : Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige. Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

ELSAN
CLINIQUE BOUCHARD

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

A compléter UNIQUEMENT si vous souhaitez déclarer vos Directives Anticipées

Modèle A

- ⇨ Je suis atteint d'une maladie grave
- ⇨ Je pense être proche de la fin de ma vie

Je rédige les présentes directives **anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.** Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

- ➢ J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :
  - Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :.....
  - Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : .....
  - Une intervention chirurgicale :.....
  - Autre : .....
- ➢ Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :
  - Assistance respiratoire (tube pour respirer) : .....
  - Dialyse rénale : .....
  - Alimentation et hydratation artificielles :.....
  - Autre : .....
- ➢ Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....

.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

.....

Fait le ..... à .....

Signature

ELSAN
CLINIQUE BOUCHARD

MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Modèle B

- ⇨ Je pense être en bonne santé
- ⇨ Je ne suis pas atteint d'une maladie grave

Je rédige les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.**

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entrainant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....

.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....

.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....

.....

Fait le ..... à .....

Signature

ELSAN
CLINIQUE BOUCHARD

ACCES AU DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP)

Qu'est ce que le Dossier Médical Partagé (DMP) ?

Le DMP est votre carnet de santé numérique. Il permet de retrouver l'ensemble des informations médicales du patient.

- Traitements médicamenteux ;
- Pathologies et allergies éventuelles ;
- Historique des remboursements ;
- Comptes rendus d'hospitalisation et de consultation ;
- Résultats d'examens ;
- Résultats d'examens de biologie ;
- Directives anticipées.

Ce dossier informatique rassemble toutes vos informations médicales détenues par votre médecin traitant, les médecins spécialistes Que vous avez consultés, votre laboratoire de biologie, ainsi que les établissements de santé dans lesquels vous avez séjourné… Le DMP permet aussi aux professionnels de santé autorisés d'accéder aux informations utiles à votre prise en charge et de partager Avec d'autres professionnels de santé des informations médicales vous concernant.

Je soussigné(e), (Nom et prénom) .....

Né(e) le.....

☐ Refuse que la Clinique Bouchard de Marseille alimente et/ou renseigne mon Dossier Médical Partagé

☐ Refuse que la Clinique Bouchard de Marseille consulte mon Dossier Médical Partagé

En cas de changement d'avis au cours de ma prise en charge, je m'engage à en informer les équipes.

Le : .....
À : .....

Signature du patient :

ELSAN
CLINIQUE BOUCHARD

AUTORISATION PARENTALE POUR ENFANT MINEUR* OU AUTORISATION POUR ADULTE PROTEGE* DANS LE CADRE D'UNE HOSPITALISATION

Je soussigné (e), NOM et Prénom des parents* ou représentant légal* :

Mère :.....

Père:.....

Représentant légal : ……

1. Autorise mon enfant* ou l'adulte protégé* que je représente, NOM et Prénom

……

Né(e) le …… A être hospitalisé(e), le …… /……. /……..

au sein de la clinique BOUCHARD, 77 rue du Docteur ESCAT, 13006 Marseille.

2. Autorise toutes les mesures nécessaires par l'état de santé de mon enfant* et ou de l'adulte protégé* que je représente => intervention chirurgicale, examens médicaux invasifs ou non invasifs.

Je pourrai être contacté au 06……..et 04……

Mon adresse pendant la durée de l'hospitalisation :

……

……

Fait à ……..le ……

Pour servir et faire valoir ce que de droit.

Signature de la mère (Obligatoire) **ET** **Signature du père (Obligatoire)**

OU du représentant légal pour l'adulte protégé (Obligatoire)

*rayer la mention inutile